

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**André POUILLARD**

Né à Argenteuil (Seine-et-Oise), le 3 novembre 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

**l'Épithélioma de l'Intestin grêle**

*Président : M. GILBERT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922



33

**THÈSE**  
**POUR**  
**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**André POUILLARD**

Né à Argenteuil (Seine-et-Oise), le 3 novembre 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

**l'Épithélioma de l'Intestin grêle**



*Président : M. GILBERT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1922

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER  
ASSESEUR : G. POUCHET  
PROFESSEURS

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | MM. NICOLAS   |
| Anatomie médico-chirurgicale . . . . .                                 | CUNEO         |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHET    |
| Physique médicale . . . . .                                            | ANDRÉ BROCA   |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                          | DESGREZ       |
| Bactériologie . . . . .                                                | BEZANCON      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                 | BRUMPT        |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | MARCEL LABBÉ  |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | RENON         |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LECENE        |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LETULLE       |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                            | POUCHET       |
| Thérapeutique . . . . .                                                | CARNOT        |
| Hygiène . . . . .                                                      | BERNARD       |
| Médecine légale. . . . .                                               | BALTHAZARD    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | MENETRIER     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | ROGER         |
| Clinique médicale. . . . .                                             | ACHARD        |
|                                                                        | WIDAL         |
|                                                                        | GILBERT       |
|                                                                        | CHAUFFARD     |
| Hygiène et clinique de la 1 <sup>re</sup> enfance . . . . .            | MARFAN        |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBECOURT     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | DUPRÉ         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JEANSELME     |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | PIERRE MARIE  |
| Clinique des maladies contagieuses . . . . .                           | TEISSIER      |
|                                                                        | DELBET        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | GOSSET        |
|                                                                        | LEJARS        |
|                                                                        | HARTMANN      |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | LEGUEU        |
|                                                                        | BAR           |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | COUVELAIRE    |
|                                                                        | BRINDEAU      |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | J.-L. FAURE   |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                              | AUGUSTE BROCA |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | VAQUEZ        |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie. . . . .                             | SEBILÉAU      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                          | PIERRE DUVAL  |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|              |                   |             |              |
|--------------|-------------------|-------------|--------------|
| ▲BRAMI       | DUVOIR            | LARDENNOIS  | RATHERY      |
| ALGLAVE      | FISSINGER         | LELORIER    | REITTERER    |
| BASSET       | GARNIER           | LEMIERRE    | RIBIERRE     |
| BAUDOUIN     | GOUGEROT          | LEQUEUX     | RICHAUD      |
| BLANCHETIERE | GREGOIRE          | LEREBoullet | ROUSSY       |
| BRANCA       | GUENIOT           | LERI        | ROUVIERE     |
| CAMUS        | GUILLAIN          | LEVY-SOLAL  | SCHWARTZ(A.) |
| CHAMPY       | GUILLEMINOT       | MATHIEU     | TANON        |
| CHEVASSU     | HEITZ-BOYER       | METZGER     | TERRIEN      |
| CHIRAY       | JOYEUX            | MOCQUOT     | TIFFENEAU    |
| CLERC        | LABBE HENRI       | MULON       | VILLARET     |
| DEBRE        | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC    |              |
| DESMAREST    | LANGLOIS          | PHILIBERT   |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

et

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MM. le Professeur DEBOVE (*in memoriam*)

le Professeur agrégé TUFFIER

le Professeur agrégé BAZY

le Docteur FLORAND

le Professeur agrégé DEMELIN

le Professeur HUTINEL

le Docteur MILIAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur GILBERT  
Professeur de Clinique médicale

Au Docteur Henri BÉNARD  
Chef de Clinique de la Faculté

Au Docteur BERGERET  
Chef de Clinique de la Faculté



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE  
l'Épithélioma de l'intestin grêle

---

INTRODUCTION

---

Alors que nous terminions nos études à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'épithélioma de l'intestin grêle. Etant donné la rareté du fait, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de l'étudier pour en faire le sujet de notre thèse.

Dans ce but, nous avons pratiqué dans les différents noyaux cancéreux un assez grand nombre de coupes microscopiques, que nous avons examinées. Nous avons d'autre part recherché dans la littérature médicale les observations de cas isolés, ainsi que les articles originaux publiés sur la question.

Dans un premier chapitre nous présenterons notre observation; dans un deuxième nous ferons une étude générale des tumeurs épithéliales de l'intestin grêle; dans un dernier, nous grouperons les observations pouvant être rapprochées de la nôtre.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à tous

ceux qui nous ont aidé et guidé dans ce travail et particulièrement au Dr Bergeret, chef de clinique chirurgicale, à qui nous devons l'observation, et au Dr Bénard, chef de clinique médicale, qui après nous avoir initié à la technique histologique, voulut bien nous faciliter la lecture des coupes et ne cessa de nous conseiller en toute occasion.

Nous prions M. le professeur Gilbert de croire que nous apprécions grandement l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### OBSERVATION (I)

Mme B... Constance, âgée de 63 ans, exerçant la profession de journalière, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique chirurgicale (professeur Hartmann) le 27 avril 1921.

Depuis le 5 mars, elle éprouvait après les repas une sensation de ballonnement du ventre qui survenait sans douleur, durait une heure environ, puis disparaissait progressivement.

Le 15 mars, elle se sent mal à l'aise et prend sans appétit au repas du soir un peu de viande. Dans la nuit, vers 2 heures du matin, elle éprouve des douleurs abdominales à forme de coliques, siégeant dans la région sus-ombilicale. Ces douleurs ne tardent pas à présenter des crises paroxystiques, violentes, fréquentes, arrachant des cris à la malade. Tandis que le ventre se ballonne, la malade remarque des masses dures, allongées, sinueuses, se dessinant et se déplaçant sous la peau; leur mouvement s'accompagne de gargouillements.

En même temps que les douleurs, des vomissements se sont produits, d'abord alimentaires, rejet

I. Rédigée d'après les documents dus à l'obligeance du Dr Bergeret, chef de clinique.

du dîner de la veille non digéré, puis liquides mousseux, amères, acides, très fétides, d'une couleur grisâtre que la malade compare à de la boue. Ces vomissements se répètent à deux reprises et sont assez abondants. Ils calment momentanément la douleur.

En même temps survient de la diarrhée, abondante, très fétide, grisâtre.

Dans les jours suivants, la malade se rend tout de même à son travail, bien qu'elle continue à souffrir. Elle absorbe alternativement du thé, des purgatifs, des pilules laxatives, une potion contenant du chloroforme, du bismuth et de l'opium. Elle s'alimente légèrement, avec du poisson surtout. Elle continue à avoir des vomissements, d'abord alimentaires, devenant ensuite bilieux, grisâtres, très acides, survenant à une distance variable des repas, mais se produisant surtout le matin à son réveil. Elle retrouvait alors, dans ce qu'elle rendait, ce qu'elle avait mangé la veille et en particulier du lait, qui était rejeté caillé.

Elle continue à éprouver des douleurs en barre sus-ombilicales, accompagnées de gargouillements, tandis que des masses dures et allongées se dessinent sous la peau. Ces douleurs ont leur maximum dès que la malade a pris quelque chose.

La diarrhée persiste, jaune ou grisâtre, très fétide.

Il se produit une légère amélioration au début d'avril, mais vers le 10 avril, à la suite de l'ingestion de deux pilules d'opium, elle est prise de violents malaises, avec tendance à la syncope, éblouissements, céphalée violente, refroidissement des extrémités. Elle a en même temps des vomissements bilieux abondants qui durent de quatre à cinq heures. Les jours suivants, la moindre ingestion d'aliments pro-

voque des douleurs et des vomissements, survenant en moyenne une heure après l'ingestion et calmant momentanément la douleur. Un médecin qui la voit lui interdit de prendre des laxatifs ; une constipation opiniâtre s'installe. Son état s'aggravant de plus en plus, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Elle aurait maigri, dit-elle, de 20 kilos.

*État actuel le 27 avril 1921 :*

A l'inspection, on est frappé par l'augmentation considérable de volume du ventre. Peu de circulation veineuse collatérale. L'ombilic est légèrement déplissé. On remarque, de temps en temps, mais surtout quand la malade a pris quelque chose, des masses allongées, cylindriques, dures se dessinant et se déplaçant sous la peau, apparaissant dans la région ombilicale, tantôt à droite, tantôt à gauche sous le rebord costal. On entend des bruits de gargouillement.

La percussion montre de la matité dans les flancs ; matité mobile avec la position de la malade. Partout ailleurs tympanisme.

Le toucher vaginal montre un col utérin, de volume moyen, de consistance ferme, présentant un orifice assez étroit admettant la pulpe de l'index, regardant dans l'axe du vagin. Le corps utérin est fixe, impossible à mobiliser de bas en haut, très légèrement mobile dans le sens transversal. En arrière de lui, on sent une masse irrégulière, dure et un peu douloureuse.

Le toucher rectal montre qu'il n'existe aucune lésion du rectum. La malade n'a eu ni selles, ni gaz depuis plusieurs jours.

*Opération.* — Sous anesthésie locale, on fait une incision au bord externe du muscle droit du

côté droit, on extériorise aussitôt une anse grêle qui présente en son milieu un noyau dur la sténosant. Au-dessous, l'intestin est aplati; au-dessus, extrêmement dilaté. Le noyau est constitué par une masse développée au niveau du bord mésentérique de l'intestin, empiétant sur le mésentère, se prolongeant sur les faces de l'intestin au point de déterminer la sténose. Cette masse grosse comme une noix, extrêmement dure, attire et rétracte le péritoine qu'elle envahit; elle a un aspect irrégulier, blanchâtre, et est manifestement cancéreuse. L'intestin, au-dessus et au-dessous, présente d'autres petits noyaux, développés au niveau du bord mésentérique. L'un d'eux, plus volumineux, situé au-dessous, fait à l'intérieur du grêle une saillie en forme de champignon que l'on sent au travers des parois de l'intestin.

Le mésentère est parsemé de ganglions.

L'état de l'anse dilaté est tel, ses parois sont tellement œdématisées et paraissent en si mauvais état que l'on renonce à faire une anastomose qui ne tiendrait pas et que l'on se résigne à la fistuliser à la peau.

*Suites.* — La malade meurt le jour suivant.

*Autopsie.* — L'autopsie permet de constater sur l'intestin grêle et à une trentaine de centimètres de l'abouchement iléo-cœcal l'existence d'un noyau cancéreux gris-blanchâtre; à la palpation l'on perçoit qu'il est très dur et formé par une tumeur grosse comme une noix qui développée surtout au niveau du bord mésentérique se prolonge sur les faces de l'intestin qu'elle enserme comme une tenaille.

En remontant l'intestin, on trouve à 20 centimètres au-dessus un noyau un peu plus petit ayant les mêmes caractères. Puis à 50 centimètres de ce dernier

un rétrécissement en virole très serré, long de 4 centimètres.

L'on note d'autre part que, jusqu'à 40 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve, disséminés le long du bord mésentérique, une trentaine de petits noyaux cancéreux, situés à une distance variable les uns des autres ; quelques-uns sont à 2 ou 3 centimètres ; en d'autres points l'intestin reste indemne sur une longueur de 20 à 25 centimètres. Leur taille varie de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noisette. Ils sont tous exactement situés au niveau de l'attache mésentérique de l'intestin ; le péritoine à ce niveau se trouve envahi et retracté, si bien que les noyaux apparaissent comme une série de petites taches blanc-grisâtre, au bord desquelles la séreuse a l'air de se froncer.

De nombreux ganglions mésentériques sont envahis. Il en résulte une légère rétraction du mésentère qui est surtout froncé au niveau de son bord intestinal. L'intestin est diminué de longueur ; il présente des segments dilatés et des segments aplatis.

On trouve deux autres noyaux cancéreux, l'un au niveau de la partie moyenne du méso-côlon transverse ; on l'en détache facilement et le côlon apparaît alors absolument indemne. Un second noyau est trouvé au fond du cul-de-sac de Douglas ; il adhère en avant à la face postérieure de l'utérus, en arrière à la face antérieure du côlon pelvien.

Enfin notons que la vésicule biliaire distendue forme un hydrocholécyste.

L'examen systématique des organes est pratiqué après éviscération complète.

L'intestin est ouvert de bout en bout.

Aucune lésion du rectum ni de l'anus.

La muqueuse et la musculuse du côlon pelvien paraissent absolument saines au niveau du noyau que nous avons signalé adhérent à la face antérieure ; seuls le péritoine et la couche sous péritonéales sont envahis, ce que l'examen histologique nous confirmera.

Côlons, cœcum, appendice ne présentent aucune lésion cancéreuse ; leur muqueuse et leur tunique sont absolument intactes.

L'intestin grêle est ouvert le long de son bord libre.

L'on constate que les petits noyaux disséminés le long du bord mésentérique forment une sorte de plaque plus ou moins saillante qui refoule la muqueuse mais sans la détruire ni l'ulcérer.

Au niveau de la sténose en virole et des tumeurs volumineuses situées à une petite distance du cœcum la muqueuse paraît macroscopiquement intéressée.

Elle l'est très visiblement sur le noyau gros comme une noix que nous avons signalé à 25 centimètres du cœcum. A sa surface la muqueuse est irrégulière, tomenteuse, mamelonnée. Elle présente une fissure longitudinale de 1/2 à 1 centimètre.

Etant donné que ce noyau est le plus volumineux et qu'il semble y avoir ulcération, on peut penser avoir affaire au noyau primitif : nous discuterons plus tard cette hypothèse.

Le duodénum et l'estomac sont intacts ; leur muqueuse est saine partout. Petit noyau métastatique (examiné histologiquement) gros comme une noisette sur le bord inférieur du pylore.

Le foie cirrhotique recouvre une vésicule biliaire dilatée. En ouvrant cette vésicule, on constate qu'elle contient plusieurs calculs. L'un d'eux est enclavé

dans le bassin et a déterminé une réaction inflammatoire autour de lui, dans la paroi vésiculaire. En ouvrant le cystique puis le bassin, on se rend compte qu'il s'agit d'une réaction banale.

Les ovaires, l'utérus, le vagin, la vessie ne présentent pas trace de cancer, pas plus que la rate, les reins, les capsules surrénales.

Rien de particulier dans le thorax ou ailleurs ; on ne trouve nulle part de noyaux cancéreux.

**Examen histologique (D<sup>r</sup> Bénard).** — A l'examen histologique, les tumeurs se montrent formées par un épithélioma colloïde.

Dans les petits noyaux secondaires, le néoplasme respecte la muqueuse qui apparaît soulevée par la prolifération sous jacente.

Dans les gros noyaux, toutes les tuniques de l'intestin sont intéressées, mais le néoplasme paraît s'étendre surtout dans la sous-muqueuse, très probablement à cause de sa laxité plus grande. A ce niveau, on aperçoit de grosses masses colloïdes à contour arrondi, subdivisées intérieurement par des cloisonnements secondaires incomplets et offrant une apparence kystique. En fait, ces masses sont limitées presque partout par un revêtement continu de cellules cubiques ou aplaties ; en d'autres points, cependant, les masses colloïdes sont à contours diffus et sans limites nettes.

A un fort grossissement, les masses colloïdes se montrent formées d'une substance amorphe, emprisonnant un nombre plus ou moins considérable de grosses cellules en voie de dégénérescence ou complètement dégénérées.

L'étude méthodique du néoplasme montre que la structure n'est pas uniforme en tous les points. Lors-

qu'on s'écarte des masses en dégénérescence colloïde, on peut reconnaître en effet plusieurs aspects au néoplasme : en certains endroits, la prolifération se fait suivant le mode *typique*. Elle se présente alors sous la forme de tubes, d'apparence glandulaire, tapissés par une seule rangée de cellules hautes dont le noyau occupe la moitié basale. Dans certains tubes, ces cellules ont un protoplasma dense uniformément coloré; sur d'autres tubes, au contraire, et ce sont les plus nombreux, les cellules sont claires, d'apparence muqueuse. De toute façon, malgré l'aspect de ces régions du néoplasme, il n'y a pas de membrane basale limitant extérieurement les tubes.

Du reste, en bien des points, la prolifération s'écarte du mode *typique*, les cellules deviennent cubiques, se disposent sur plusieurs couches ou même forment des boyaux pleins, dans lesquels l'on peut surprendre quelques rares figures de division karyokinétique.

Enfin, dans la tunique musculieuse surtout, le néoplasme prend par place un aspect franchement *atypique*, infiltrant irrégulièrement la paroi intestinale, sans plus présenter d'apparence pseudo-glandulaire.

En résumé, le néoplasme auquel nous avons affaire est un épithélioma *typique*, dans la plupart des points, *atypique* en certains autres et en état de dégénérescence colloïde.

On peut, en parcourant les coupes, prendre connaissance du mécanisme de cette dégénérescence colloïde. En certains points, le processus dégénératif semble frapper, d'une façon diffuse, les tubes néoplasiques, dont les éléments cellulaires s'essaient irrégulièrement, en même temps qu'ils dégèrent.

Mais ailleurs, le mécanisme paraît être un peu différent : les cellules des tubes cancéreux, gênées dans leur développement en surface, s'orientent vers l'intérieur des tubes et tombent bientôt dans leur lumière ; elles deviennent volumineuses, pâlisent, se colorent mal et finalement disparaissent, englobées dans la masse colloïde qu'elles contribuent à former. L'accumulation même de la colloïde refoule l'épithélium générateur, qui prend le type cubique ou aplati et donne ainsi aux masses dégénérées leur apparence pseudo-kystique.

#### DISCUSSION

Nous nous trouvons donc en présence d'un épithélioma cylindrique de l'intestin, ayant subi la dégénérescence colloïde.

Nous savons d'autre part que le cancer de l'intestin grêle est fréquemment secondaire. Etant donné sa nature, nous devons rechercher s'il n'y avait pas un noyau primitif, au niveau d'un autre point du tractus digestif et des glandes annexes et aussi au niveau de l'appareil tubo-ovarien.

Nous avons soigneusement recherché ces différents points de départ possibles.

L'estomac était normal ; sa muqueuse partout intacte.

Le rectum présentait bien un noyau néoplasique, mais l'examen macroscopique comme microscopique nous montrait qu'il était nettement sous muqueux et devait être considéré comme une métastase.

Pour ce qui est des voies biliaires, nous avons signalé l'exclusion de la vésicule mais elle était due à la présence d'un volumineux calcul ; nous avons

ouvert le canal cystique il ne présentait aucune lésion macroscopique. L'examen microscopique n'a pas été pratiqué.

Quant à la région tubo-ovarienne, elle était absolument indemne.

Ces constatations négatives nous ont conduit à rechercher au niveau même de l'intestin grêle le foyer initial du néoplasme.

Nous avons examiné à ce point de vue les noyaux, dans lesquels la muqueuse intestinale paraissait macroscopiquement intéressée..

Dans aucun de ces noyaux nous n'avons pu trouver de signes indéniables de tumeur primitive.

Toutefois dans celui dont nous avons représenté la coupe (et qui est le plus volumineux) l'origine primitive de la néoplasie pourrait être défendue avec quelques arguments.

Lorsqu'on suit, en effet, sur cette coupe, la muqueuse intestinale, on voit celle-ci, d'abord saine, présenter bientôt des signes d'hyperplasie, puis entrer franchement en prolifération néoplasique. On peut supposer que là se trouve le point de départ du cancer, qui gagne ensuite en profondeur et s'étale en même temps dans la sous-muqueuse, décollant la muqueuse proprement dite.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse, qui n'est pas à l'abri de toute objection. L'intestin, en effet, est infiltré dans toute son épaisseur. La muscularis mucosæ, loin de plonger dans la profondeur, reste dans les portions superficielles du néoplasme, comme si elle avait été soulevée et rompue par la prolifération sous-jacente. Quant aux figures d'hyperplasie que présente progressivement la muqueuse, elles pourraient être interprétées, non comme une transfor-

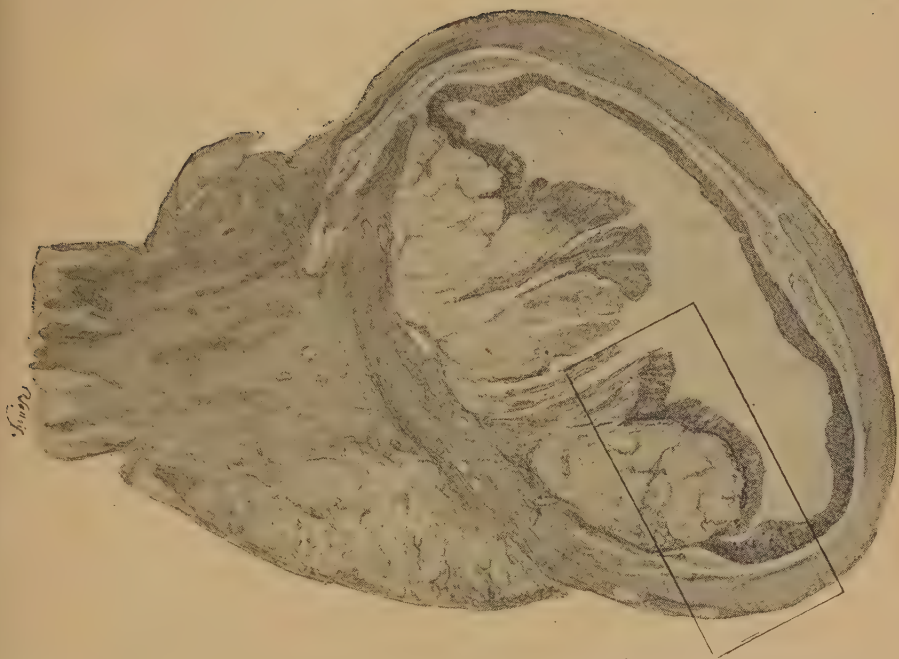


FIG. I. — Coupe de l'intestin grêle, au niveau de la tumeur considérée comme primitive  
(vue à la loupe).



FIG. II. — Une partie de la même coupe, vue au microscope  
(objectif n° 2).

mation *in situ*, mais comme le résultat de l'émigration et du développement secondaire d'éléments néoplasiques, venus des couches sous-jacentes, à travers la *muscularis mucosæ*.

Pour toutes ces raisons, nous ne nous croyons pas en mesure d'établir d'une façon absolument certaine quelle est parmi les tumeurs de l'intestin celle qui représente l'origine du néoplasme. Mais le fait ne saurait nous surprendre : le noyau primitif perd très rapidement du fait même de son développement ses caractères d'origine et devient ainsi impossible à reconnaître.

D'autre part, l'examen histologique du col de la vésicule n'ayant pu être fait, il faudrait réserver l'hypothèse d'un point de départ très petit ayant échappé à une observation macroscopique pour tant attentive.

---

## CHAPITRE II

---

### LE CANCER DE L'INTESTIN GRÊLE

Les cancers de l'intestin grêle doivent être divisés en deux groupes, suivant qu'il s'agit de tumeurs nées sur place, aux dépens de la muqueuse de l'intestin grêle ou bien de tumeurs développées autour de cellules néoplasiques détachées d'un autre organe cancéreux et qui sont venues se greffer sur l'intestin grêle.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude de ces cancers secondaires, mais nous devons en dire quelques mots, étant donné qu'ils sont plus fréquents que les primitifs.

#### 1. Cancer secondaire

L'étude des métastases cancéreuses de l'intestin est relativement récente, puisqu'elle n'a guère été commencée qu'en 1893 par M. Letulle. Jusqu'à cette époque, l'on ne trouve dans la littérature médicale qu'un certain nombre de cas, publiés à titre de faits isolés, concernant généralement des cancers multiples sténosants.

M. Letulle, après avoir discuté la possibilité de la coexistence de deux cancers primitifs sur le même

sujet, étudie le mécanisme des métastases et des greffes cancéreuses, au niveau du tube digestif.

En 1905, au Congrès de Lisbonne, MM. Bensaude et Okinczyc indiquent les relations qui unissent les sténoses multiples de l'intestin au cancer de l'estomac, surtout à cette forme si spéciale qu'est la linite plastique.

En 1907 et 1910, M. Bensaude étudie de nouveau les métastases intestinales et rectales du cancer de l'estomac.

En 1913, MM. Carnot et Bauffle font connaître, sous le nom de cancer en jante, une nouvelle forme de cancer métastatique de l'intestin grêle.

L'étiologie de ces cancers est la suivante : Ils peuvent être secondaires :

1° A un cancer de l'estomac.

MM. Bensaude et Okinczyc en rapportaient 57 cas en 1910.

La tumeur primitive de l'estomac est rarement un cancer vulgaire, presque toujours il s'agit d'une infiltration cancéreuse diffuse de toute la paroi stomacale, surtout marquée dans les couches sous-séreuses et sous-muqueuses, c'est-à-dire de la linite plastique, ou encore d'une infiltration limitée à l'antra pylorique, qui est transformé en un tube rigide ;

2° A un cancer de la vésicule biliaire (Ménétrier) ;

3° A un cancer des côlons ;

4° A un cancer de la trompe ou de l'ovaire ;

5° A un cancer mélanique de la peau.

Les métastases se font le plus souvent de dehors en dedans, par voie lymphatique directe ou rétrograde et affectent, d'après MM. Bensaude et Rivet, deux aspects principaux : la forme nodulaire et la forme sténosante.

Dans la première forme, les noyaux cancéreux occupent le bord libre de l'intestin. Ces nodules sont comparables à des taches de cire, accolées par leur face saillante à la paroi; ils s'enfoncent dans son épaisseur et refoulent la muqueuse, mais ils ne font pas saillie sous le péritoine. Ces nodules ont la dimension d'un pois, d'une noisette, et ils ne vont presque jamais jusqu'à l'ulcération.

Dans la deuxième forme ou forme sténosante on remarque une série d'anneaux, qui étranglent l'intestin grêle et le gros intestin avec une égale fréquence. Presque toujours, ces anneaux prédominent au niveau de l'attache mésentérique et semblent se prolonger à l'intérieur du mésentère et du mésocôlon, à la façon d'une bague, dont le chaton serait encastré dans la racine mésentérique et dont l'anneau étranglerait la circonférence de l'intestin.

L'on peut rapprocher de cette forme sténosante la forme particulière, décrite par MM. Carnot et Bauffe sous le nom de cancer en jante de l'insertion mésentérique. La métastase néoplasique se fait au niveau du bord adhérent mésentérique de l'intestin; elle semble extra-intestinale, mais au lieu de filer le long des tuniques pour encercler l'intestin, elle se développe là où elle a pris naissance et les nodules repoussent le péritoine au-dessus de l'intestin. Ces nodules, quelquefois confluent, forment une bande qui coiffe l'intestin d'un bout à l'autre.

Au point de vue de la symptomatologie, l'on peut examiner plusieurs cas :

1° Les signes généraux : affaiblissement, amaigrissement progressif dominant (type anémique);

2° Les symptômes de la tumeur primitive existent seuls;

3° Il existe des symptômes abdominaux, qui peuvent même être prédominants. Dans ce cas, l'on a surtout des symptômes de sténose intestinale plus ou moins complète, avec constipation opiniâtre, douleurs abdominales et souvent du tympanisme avec péristaltisme des anses intestinales. Avant l'occlusion complète, l'on peut constater le syndrome de König.

Dans tous les cas, l'évolution est fatalement progressive et il semble que la généralisation intestinale vienne hâter la mort, qui survient par cachexie cancéreuse ou par occlusion.

Le diagnostic est d'une extrême difficulté. Les métastases cancéreuses de l'intestin passent généralement inaperçues; l'on compte les cas où cette complication a pu être reconnue pendant la vie. Pourtant, l'on pourra y penser, lorsqu'on constatera des signes de sténose de l'intestin, au cours de l'évolution d'un cancer de l'estomac, des voies biliaires, etc., déjà diagnostiqué.

Au point de vue du traitement, le chirurgien est réduit à des interventions palliatives, s'adressant aux phénomènes de sténose, telles que l'entéro-anastomose. Il est des cas où la multiplicité des tumeurs défie toute intervention. Les résultats obtenus sont loin d'être encourageants: les survies les plus longues semblent être de six ou sept mois après l'opération.

## 2. Cancer primitif

**Historique.** — La bibliographie en est courte.

Les livres français sont muets à son égard jusqu'en 1904. A cette époque, paraît la *thèse de Lecène* où l'on trouve réunies et étudiées un grand nombre

d'observations qui permettent de se faire une idée exacte de la question.

Pourtant, il faut signaler, parmi les travaux antérieurs, le mémoire de Du Castel publié en 1882 et intitulé *Cancer primitif de l'iléon* et citer les thèses de Haussmann, Journet, Badie.

En Allemagne le cancer de l'intestin avait été étudié par Nothnagel dans son *Traité de Pathologie* (1898) et par Mickulicz.

Enfin l'épithélioma de l'intestin a fait plus récemment l'objet d'un important travail de MM. Venot et Parcelier paru en juin 1913 dans la *Revue de Chirurgie* et auquel nous faisons de larges emprunts.

**Nature.** — Les néoplasmes de l'intestin grêle doivent être divisés en deux variétés anatomiquement et cliniquement très différentes : les sarcomes et les épithéliomas.

N'ayant pas l'intention d'étudier ici les sarcomes, nous rappellerons seulement les caractères distinctifs suivants.

Le sarcome, contrairement à ce que l'on observe dans les autres portions du tube digestif, est dans l'intestin grêle plus fréquent que l'épithélioma.

Le sarcome peut se présenter comme une tumeur unique ou à noyaux multiples.

Cette tumeur est généralement circulaire ; elle ne rétrécit pas le calibre de l'intestin qui est parfois considérablement dilaté. La propagation dans les ganglions et les viscères est fréquente.

Le sarcome de l'intestin ne se révèle que par un syndrome intestinal assez vague : anorexie, vomissements irréguliers, douleurs sous forme de coliques et par la présence d'une tumeur abdominale facile à palper et de grosseur variable (poing, tête de fœtus).

La mort est généralement due à la cachexie progressive ; l'évolution du sarcome est généralement très rapide de (2 à 8 mois).

Ceci dit, nous ne nous occuperons plus que de l'*épithélioma* de l'intestin grêle.

**Fréquence.** — L'*épithélioma* du jejuno-iléon est d'une grande rareté. Les deux statistiques suivantes, choisies parmi les dernières en date, suffiront à le prouver. Nothnagel trouve pour 24.358 autopsies, effectuées entre 1882 et 1893, 2.125 cancers ; 243 du gros intestin et 6 de l'intestin grêle.

Fr. Müller, à l'Institut pathologique de Bâle, relève pour 11.314 autopsies effectuées entre 1874 et 1904, 1909 carcinomes : 123 de l'intestin et 2 de l'iléon.

D'autre part, M. Lecène dans sa thèse publiée en 1904, en donnait 10 observations ; en 1913, MM. Venot et Parcelier arrivaient au chiffre de 50. Recherchant les cas publiés par le *Journal de Chirurgie* depuis cette date nous n'en avons trouvé que 3 mais il y a lieu de tenir compte de ce que la chirurgie de guerre fut à peu près seule étudiée entre 1914 et 1919.

Les auteurs, opposant cette rareté de l'*épithélioma* de l'intestin grêle, à sa fréquence relative dans les autres portions de l'intestin, ont cherché à expliquer ce fait. Pour M. Ménétrier, la répartition du cancer, croissant en fréquence dans les portions terminales du tube digestif, paraît en rapport avec les causes irritatives plus prononcées, dans les régions où le contenu intestinal séjourne plus longtemps et présente une dureté plus grande ; d'autres auteurs incriminent aussi les changements de calibre marqués, ainsi que les changements du type de revêtement épithélial et concluent qu'aucune de ces causes n'existe pour le jejuno-iléon qui conserve par-

tout le même calibre, le même revêtement épithélial et est parcouru par des matières fluides.

**Étiologie.** — L'épithélioma de l'intestin grêle semble frapper plus souvent les hommes que les femmes, d'après la statistique de M. Venot. Il est observé le plus fréquemment entre 55 et 65 ans, comme d'ailleurs les autres cancers du tube digestif. Pourtant un cas est signalé chez un enfant de 3 ans.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue du siège, l'on remarque qu'il est surtout signalé dans le premier et le dernier tiers de l'intestin grêle.

Pour ce qui est de sa forme anatomique l'on peut en distinguer deux principales suivant que l'on observe une tumeur ou bien qu'il y en a plusieurs, cette dernière forme étant plus rare.

1<sup>o</sup> *Forme commune.* — L'on peut observer une tumeur grosse comme une noix, une amande rétrécissant le calibre de l'intestin. Le plus souvent le néoplasme prend un développement circulaire infiltrant toutes les couches de la paroi et formant comme une *virole* qui enserre l'intestin.

A son niveau la séreuse est blanchâtre, l'intestin est dur au toucher. La sténose est variable, l'imperméabilité complète a été parfois constatée. La muqueuse peut être ulcérée et avoir disparu.

L'intestin est très dilaté au-dessus de la tumeur, sa paroi est augmentée d'épaisseur. Au-dessous de la tumeur le calibre de l'intestin est diminué.

Le mésentère est plissé, rétracté et a perdu sa souplesse normale.

Les ganglions mésentériques sont envahis dans la moitié des cas. On observe souvent de petits nodules blanchâtres sur la séreuse péritonéale.

Les métastases sont surtout signalées dans le foie,

plus rarement les ovaires, les reins, la partie antérieure du rectum.

2° *Forme à noyaux multiples.* — C'est à cette forme, semble-t-il, que l'on pourrait rattacher l'observation que nous avons rapportée. Les cas en sont d'ailleurs fort peu nombreux, puisque nous n'avons pu en réunir que huit observations.

Dans ces cas, les noyaux néoplasiques forment de deux à quatre tumeurs, pas très volumineuses, grosses comme une noix en général, dans un cas grosse comme un citron et déterminant la sténose de l'intestin. Elles sont accompagnées de noyaux beaucoup plus petits, de nombre très variable.

A propos de ces tumeurs on peut se demander s'il y en a plusieurs qui soient primitives ou bien s'il n'y en a qu'une, les autres étant des métastases.

M. Letulle dit que, pour la grande majorité des cas de cancers multiples du tube digestif, un seul foyer est le primitif, tous les autres sont secondaires. Cherchons donc par quel mécanisme peut se faire la dissémination.

Une première hypothèse est celle d'une greffe à distance par la *voie muqueuse* : suivant cette conception, des cellules cancéreuses détachées de la tumeur primitive viendraient se greffer sur la muqueuse d'un segment sous-jacent. Cette autogreffe d'une cellule cancéreuse charriée au milieu des matières fécales et obligée de trouver une lésion de la muqueuse pour s'y implanter doit être exceptionnelle sauf le cas de greffe opératoire (observation de Chalié). Pourtant M. Letulle remarque que autant les greffes d'épithélium pavimenteux lobulé sont difficiles sur la muqueuse intestinale, autant semblent

aisées et quelquefois exubérantes les greffes d'épithélioma cylindrique ou tubulé.

Une deuxième hypothèse défendue par M. Ménétrier, surtout il est vrai dans le cas de cancer secondaire, est la *greffe péritonéale* :

Quand les végétations néoplasiques sont arrivées à la surface de la séreuse, elles peuvent après être tombées dans la cavité péritonéale souvent remplie de liquide exsudé sous l'influence irritative de la tumeur y proliférer et aller s'implanter, en des points éloignés, les cellules néoplasiques conservant toute leur vitalité.

Dans une troisième hypothèse, l'on peut admettre que les cellules cancéreuses sont amenées au niveau du mésentère par la *voie lymphatique* ou *sanguine*.

Les lymphatiques existent abondants et reliés par des anastomoses nombreuses, dans la sous-muqueuse, dans la sous-séreuse et dans l'épaisseur des feuillets mésentériques, ces derniers formant les collecteurs. Entre le réseau sous-séreux et le réseau sous-muqueux existe à travers la musculuse, le réseau interlaminaire d'Auerbach.

La propagation pourrait se faire par les réseaux lymphatiques sous-muqueux, sous-séreux ou par les collecteurs mésentériques.

M. Letulle rejette la voie sous-séreuse, n'ayant jamais rencontré autour des noyaux greffés des troncs chylifères injectés de cellules cancéreuses. Le réseau sous-muqueux ne pourrait expliquer que l'extension à petite distance.

L'on doit donc admettre que fréquemment les cellules cancéreuses suivent la voie des troncs lymphatiques ; ces cellules ne remonteraient pas le cours de lymphes à proprement parler car la propagation se

ferait suivant un processus spécial étudié par Cunéo : la thrombose rétrograde. Les cordons lymphatiques se transforment en de véritables cordons pleins, les cellules cancéreuses greffées sur leur paroi bourgeonnent de proche en proche et se disposent ainsi en trainées ininterrompues, jusqu'à l'origine même du réseau lymphatique.

Le siège de prédilection des noyaux cancéreux au niveau du bord mésentérique de l'intestin semble un argument en faveur de la propagation par les troncs collecteurs mésentériques, et c'est cette hypothèse que nous préférons à toutes les autres.

Pour ce qui est de la voie sanguine, elle semble peu admissible : la voie artérielle suppose un trajet très compliqué et la propagation par la voie veineuse devrait se faire à contre-courant.

**Histologie pathologique.** — Le résultat de l'examen histologique est toujours le même ; on trouve de *l'épithélioma cylindrique*, de *l'adéno-carcinome*, du *cancer alvéolaire*. Dans un cas, Lubarsch a pu démontrer le début par les glandes de Lieberkühn. La dégénérescence colloïde est signalée deux fois.

**Etude clinique.** — Dans la grande majorité des cas le début passe inaperçu ; pourtant l'on peut signaler parmi les premiers symptômes : l'anorexie, l'amaigrissement, les troubles dyspeptiques, les selles irrégulières. C'est la persistance de ces troubles digestifs et surtout l'apparition d'accidents d'occlusion intestinale aiguë ou chronique, qui décident le malade à consulter.

Ce sont ces signes de sténose de l'intestin grêle qui forment presque toute la symptomatologie.

Les malades se plaignent de douleurs dans le ventre, dont ils peuvent quelquefois préciser le siège, plus

souvent de coliques survenant par crises, en général indépendantes des repas. La durée et la fréquence de ces crises douloureuses vont en augmentant.

Quelques malades attirent l'attention sur un bruit de glou-glou, qu'ils perçoivent par intervalle, d'autres éprouvent la sensation d'un serpent se déplaçant dans le ventre, sensation en rapport avec les contractions péristaltiques de l'intestin.

La constipation est habituelle ; il y a quelquefois des alternatives de constipation et de diarrhée.

Les vomissements alimentaires et bilieux sont fréquents, surtout pour les cancers haut situés.

L'état général est toujours très touché : l'amaigrissement est rapide, et quelquefois très prononcé (20 kilos).

Quand on examine le ventre du malade, l'on peut souvent noter qu'il est ballonné par l'accumulation des matières et des gaz en avant du rétrécissement.

D'autre part, on observe, spontanément ou à l'occasion de la palpation, du *péristaltisme des anses intestinales*, qui semblent se déplacer sous la paroi. On peut aussi, quand le *syndrome de Kœnig* existe, voir s'inscrire sur l'abdomen les phénomènes qui se passent dans son intérieur.

D'après MM. Tuffier et Martin on observe d'abord la douleur, puis l'abdomen se gonfle en un point généralement voisin de l'ombilic ; cette tuméfaction est sonore à la percussion et lorsqu'on la déprime on peut percevoir du gargouillement, du clapotage. Le tympanisme s'accuse, on voit les mouvements péristaltiques, puis on perçoit des bruits musicaux ; la douleur cesse et tout rentre dans l'ordre.

Dans le cas de sténoses multiples, on peut avoir plusieurs fois de suite les symptômes notés ci-des-

sus mais leur intensité va en décroissant. Ce sont des coliques étagées de Kœberlé.

A la palpation, on ne sent que rarement la tumeur; lorsqu'on la perçoit l'on constate qu'elle est lisse, de faible volume; un de ses caractères importants est sa grande mobilité, qui disparaît d'ailleurs quelquefois au cours de l'évolution.

A la percussion, l'on pourrait dans les cas de sténoses multiples observer des différences de sonorité, matité ou tympanisme, diversement disposés en damier.

La *radiographie* devrait toujours être pratiquée. D'après Schwartz, huit heures après l'ingestion les anses grêles doivent être normalement vides de bismuth: si, après ce temps et surtout après vingt-quatre heures, on peut en déceler sous forme de bandes finement striées ayant l'aspect de guirlandes il faut, en conclure à une sténose du grêle.

Il faudra rechercher le *mœlena* et surtout les *hémorragies occultes* dans les selles. Mathieu et Roux estiment que la persistance du sang occulte dans les matières fécales après le régime de la cure d'ulcère est pratiquement pathognomonique du néoplasme de l'intestin.

L'occlusion intestinale est la complication la plus commune et dans plus de la moitié des cas elle précipite l'évolution de la maladie dont la durée est appréciée très diversement (de six mois à trois ans d'après Mickuliez).

**Diagnostic.** — Il est des plus difficiles et semble n'avoir été fait qu'exceptionnellement, par exemple dans le cas de Tatlow (1) qui observa suc-

1. Tatlow, *Trois cas consécutifs de cancer du jéjunum* (*The Lancet*, t. CLXXXII, n° 4624, 13 avril 1912, p. 995-996).

cessivement trois épithéliomas de l'intestin grêle.

Pourtant, d'après MM. Venot et Parcelier, le diagnostic est faisable quand on constate les signes d'une *sténose du grêle* (péristaltisme des anses intestinales, syndrome de König) *jointe à une atteinte précoce et marquée de l'état général*. La multiplicité des néoplasmes n'a jamais été diagnostiquée.

Le diagnostic différentiel est à faire d'une part avec les autres néoplasmes beaucoup plus fréquents de la cavité abdominale (estomac, côlons); d'autre part, avec les autres causes de sténose de l'intestin.

Le diagnostic de néoplasme stomacal sera fait par la radiographie et l'examen du chimisme gastrique. Mais il faudra se rappeler que le néoplasme de l'estomac peut provoquer des métastases cancéreuses au niveau de l'intestin et que ces métastases pourront avoir une symptomatologie prépondérante.

Le néoplasme du gros intestin pourra être éliminé par l'insufflation et surtout par la radiographie après lavement bismuthé.

Parmi les autres causes de sténose à éliminer nous devons citer : la syphilis, les tumeurs inflammatoires et surtout la *tuberculose intestinale*. L'on devra toujours songer à cette dernière si l'état général est bon, l'évolution lente, si l'on trouve quelques signes légers de tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic offre une telle difficulté que, même le ventre ouvert, M. Chalié, dont nous avons résumé l'observation, a cru avoir affaire à de la tuberculose, alors qu'il s'agissait d'un cancer colloïde, ainsi que le démontra l'examen histologique; d'autres auteurs ont pu faire la confusion inverse.

**Pronostic.** — Le pronostic est très grave puisque le carcinome du jejuno-iléon aboutit à l'occlusion

complète, après une période plus ou moins longue d'occlusion incomplète, habituellement coupée de rémissions.

La mort survient encore plus rapidement dans les formes à foyers multiples.

**Traitement.** — Il diffère suivant que l'on se trouve ou non devant des phénomènes d'occlusion.

En dehors de toute période d'occlusion l'opération de choix est l'*entérectomie*. Elle consiste à supprimer toutes les parties malades et à rétablir la continuité du tube digestif. La résection devra dépasser les limites du mal, de façon qu'on puisse exécuter une réunion en tissu sain. Plus on sera loin de la sténose, plus la suture des deux bouts sera facile. Celle-ci se fera par entérorraphie terminale, avec ou sans bouton de Murphy, par implantation terminolatérale ou anastomose latérale, ce dernier procédé s'appliquant plus particulièrement aux cas dans lesquels il y a une différence de calibre entre les deux bouts d'intestin à suturer.

Pour que l'opération soit radicale il faut enlever les ganglions néoplasiques. Si l'infiltration ganglionnaire s'étend jusqu'à la racine du mésentère, l'extirpation n'est pas possible mais on peut parfaitement enlever les ganglions qui accompagnent les branches primaires de l'artère mésentérique supérieure. Il faut avoir soin dans ce cas de réséquer une grande portion de l'intestin et de ne pas lier le tronc même de l'artère mésentérique, précaution capitale d'autant plus facile à observer que l'on voit parfaitement par transparence les vaisseaux mésentériques (Lecène).

Si l'on se trouve en présence de tumeurs multiples, on peut tenter de les enlever séparément à condition qu'elles soient en très petit nombre. On

peut aussi les enlever toutes d'une seule section, mais c'est là une opération très grave tant en elle-même qu'à cause de la suppression d'une longue portion de l'organe de l'absorption : les malades succombent en effet au bout de quelque temps à des phénomènes de dénutrition. Kœberlé a pu réséquer 2 m. 10 d'intestin, Fantino 3 mètres, Ruggi 3 m. 30. M. Lenormand estime que l'on ne doit pas dépasser 3 mètres.

D'après la statistique de MM. Venot et Parcelier, 16 malades ont été opérés à froid, avant les phénomènes d'occlusion ; il y a eu 13 guérisons.

Nous pouvons y ajouter le cas rapporté par M. Cadenat à la Société de chirurgie le 9 mars 1921, ce qui donne 14 guérisons.

La résection en période d'occlusion donne de bien moins bons résultats : 7 morts pour 10 malades opérés.

Il semble bien que la résection ait donné des guérisons définitives, puisque l'on cite deux observations de malades ayant survécu sept ans à l'opération et que dans un troisième cas de mort neuf mois après l'opération, il a pu être constaté à l'autopsie qu'il n'y avait pas de récurrence.

Pour ce qui est de la forme diffuse, un cas de résection a donné une survie de trois mois (Kukula), au bout desquels il y eut une récurrence et une nouvelle opération, qui détermina la mort.

Lorsque l'état du malade, les phénomènes d'occlusion, ou la multiplicité des tumeurs contre-indiquent l'entérectomie, on sera obligé de se contenter d'une intervention palliative.

L'anus contre nature est tout à fait un pis aller sur l'intestin grêle, où il donne de déplorables résul-

tats, en rapport avec le niveau du tube intestinal, où est pratiqué l'entérostomie.

L'*entéro-anastomose* consiste à établir une communication entre deux anses intestinales, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur. Elle a l'avantage d'utiliser une portion de l'intestin beaucoup plus considérable. En outre lorsqu'il n'y a ni envahissement ganglionnaire étendu, ni métastases elle permet si elle est faite à une distance suffisante du néoplasme, de tenter dans la suite l'exérèse de la tumeur, faisant ainsi une opération en deux temps.

Ces interventions palliatives sont très souvent immédiatement fatales, étant donné le mauvais état du malade, lorsque l'on en vient à les pratiquer ; d'ailleurs, la mort survient toujours à plus ou moins brève échéance, par suite de la cachéxie cancéreuse.

Notons en terminant, que ces interventions palliatives sont le plus souvent les seules que l'on puisse tenter dans les cas de tumeurs multiples. C'est dire l'extrême gravité de cette forme de l'épithélioma de l'intestin grêle contre laquelle le chirurgien est presque toujours désarmé.

---

## CHAPITRE III

---

### OBSERVATIONS

Nous n'avons rassemblé que les observations d'*épithélioma de l'intestin à noyaux multiples*, c'est-à-dire pouvant être comparées à la nôtre.

#### OBSERVATION I (Eugen Hahn)

(*Deutsche Med. Wochens.*, 1897, n° 42, citée dans thèse Lecène. Paris, 1904).

Homme de 66 ans. Depuis quinze ans le malade souffre de catarrhe intestinal, pour lequel il a fait un séjour à Marienbad. La maladie actuelle a débuté en septembre 1896. A ce moment apparurent des coliques, de la constipation, de l'anorexie, du météorisme. En avril 1897, c'est-à-dire en sept mois, le malade a maigri de 25 kilos. Depuis lors l'amaigrissement a encore augmenté, les coliques et la constipation sont devenues permanentes. Le malade est apyrétiques, les organes thoraciques sont sains. On note une légère cyanose des extrémités. La soif est vive, la langue rouge, sèche, l'haleine a mauvaise odeur ; nausées et hoquet continuels. Anorexie complète. On donne le repas d'épreuve qui est digéré complètement. Acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. L'estomac insufflé est de dimensions normales. L'abdomen est légèrement distendu, le foie a ses dimensions normales. On ne peut sentir de tumeur par la palpation ; on voit sous la paroi le péristaltisme intestinal exagéré. En l'espace de quelques minutes, il se forme dans la

région iléo-cœcale une grosse tumeur, qui se propage vers l'ombilic et le rebord costal gauche et disparaît rapidement avec un bruit de gargouillement. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis vingt-quatre heures. Rien d'anormal au toucher rectal. On donna au malade une grande quantité d'huile de ricin et on lui fit des irrigations rectales ce qui amena une débâcle de matières fécales. L'état général s'améliora, mais cependant les coliques très douloureuses persistèrent.

*Opération.* — A la laparotomie médiane, on trouve les anses intestinales grêles dilatées et rouges, un peu de liquide ascitique. Sur la séreuse il existe de petits nodules du volume d'un grain de chènevis entourés de vaisseaux. On arrive sur un point de l'intestin où se trouve une tumeur qui l'enserme comme une ligature et rétrécit sa lumière des deux tiers environ. Elle est dure, grise, inégale à sa surface. Autour d'elle se trouvent des nodules analogues à ceux déjà vus et dans le mésentère plusieurs ganglions augmentés de volume. En dévidant l'intestin, on arrive 30 centimètres plus bas, sur une deuxième stricture, puis on en trouve une troisième et une quatrième. Cette dernière est grosse comme une noix, fait le tour de l'intestin et l'oblitére presque complètement. Au-dessous d'elle l'intestin est normal. On pratique l'entéro-anastomose atéro-latérale avec le bouton de Murphy entre le segment sus-strictural de l'intestin grêle et l'anse placée au-dessous du rétrécissement. Quelques points de suture consolident l'anastomose au bouton.

L'opération avait duré une heure et quart; le malade ne releva pas du shock et mourut dix heures après.

Le diagnostic anatomique est carcinome stricturant multiple du grêle.

## OBSERVATION II (Kukula)

*Ueber ausgedehnte Darmresectionen.* Arch. für klin. Chir., 1900, Bd. LX, p. 887, citée par Lecène. Thèse de Paris, 1904).

Femme de 60 ans; la malade appartient à une famille très vigoureuse. En janvier 1898, elle a commencé à souffrir

d'une constipation qui nécessita l'emploi de laxatifs puis des douleurs s'installèrent sous forme de coliques qui débutaient autour de l'ombilic et irradiaient vers la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont allées en augmentant, elles débutent quelques heures après les repas et durent un temps variable, jamais de diarrhée, jamais de sang dans les selles. En juillet 1898, le médecin de la malade constata l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche et conseilla une opération. La malade refusa d'abord et ne se décida qu'en août 1898.

*Etat actuel.* — Le cœur et les poumons sont normaux. Le ventre est plat, un peu encavé, ne présente rien d'anormal à l'inspection. A la palpation, on trouve dans l'hypochondre gauche au niveau du côlon descendant, une tumeur assez dure, cylindrique, qui s'étend sur une longueur de 8 centimètres environ et sur 4 centimètres de largeur dans la direction du côlon descendant. La surface de la tumeur est bosselée ; la tumeur est un peu mobile transversalement ; elle ne ressent pas les mouvements respiratoires. Après l'insufflation rectale, la tumeur semble perdre la netteté de ses contours et sa mobilité diminue.

On fait le diagnostic de *carcinome du côlon descendant*.

*Opération* le 26 août 1898. — Laparotomie sur le bord externe du grand droit du côté gauche ; on trouve le côlon descendant absolument normal. La main introduite dans le ventre tombe sur une tumeur dure, qui sort facilement du ventre. Cette tumeur encercle une anse d'intestin grêle ; sur une étendue de 8 centimètres à environ 2 centimètres au-dessus de la première tumeur, on en trouve une seconde, grosse comme une noisette ; de même au-dessous de la tumeur principale sur une longueur de 50 centimètres environ, on trouve disséminées un certain nombre de tumeurs plus petites ; dans le mésentère correspondant il y a trois gros ganglions durs : on reconnaît que la tumeur la plus élevée se trouve placée à environ 8 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Malgré cette disposition anatomique peu favorable à la résection on se décide à la pratiquer. Résection de toute l'étendue de l'intestin grêle anatomique et excision cunéiforme du mésentère.

La suture est très difficile : On fait une *entéro-anastomose*

*termino latérale* entre le début du jéjunum coupé presque au ras de l'angle duodéno-jéjunal et le segment distal du jéjunum. L'opération fut très difficile et dura 2 h. 20 minutes. Guérison, après formation d'une fistule jéjunale.

Pour plus de sûreté on laissa ouvert le bout distal du jéjunum en y introduisant un drain.

La *pièce* enlevée comprend 73 centimètres de jéjunum ; à environ 13 centimètres de la section supérieure de l'intestin se trouve une tumeur cylindrique de 8 centimètres de longueur et de 12 centimètres de circonférence. La séreuse est conservée ; elle est soulevée par les bosselures de la tumeur. A la coupe, on voit que la paroi intestinale, au niveau de la tumeur, est infiltrée par une masse blanc grisâtre, très molle, d'une épaisseur de 1 centimètre environ, la muqueuse correspondante est rosée, d'apparence vilieuse. Au-dessus de cette tumeur, se trouve un noyau plus petit, gros comme une noisette qui a infiltré la musculaire jusqu'à la séreuse.

Au-dessous de la tumeur, sur une étendue de 0 m. 50 environ il y a toute une série de tumeurs qui infiltrèrent la paroi intestinale. Dans le mésentère se trouvent 8 ganglions mésentériques qui paraissent infiltrés de néoplasme.

On croit d'après cet aspect macroscopique à un sarcome de l'intestin.

*Histologiquement* il s'agit de *carcinome alvéolaire* sans aucun doute (Kukula).

Le malade se porta bien jusqu'en novembre 1898 (3 mois après l'opération). A ce moment apparut une tumeur diffuse autour de la fistule jéjunale. Les symptômes de constipation et d'anorexie reparaissent.

On tente une deuxième intervention.

11 décembre 1898. — Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker.

Puis on extirpe la récurrence qui siège sur le segment jéjunal fistulisé à la paroi ; fermeture de ce bout d'intestin. *Drainage*. Mort, le 22 décembre 1898 de collapsus, après des symptômes d'insuffisance de la suture du jéjunum.

*Autopsie*. — On trouve de gros ganglions mésentériques engorgés et deux métastases hépatiques.

L'examen histologique des métastases montre qu'il

s'agissait de carcinome alvéolaire rappelant la structure de la tumeur primitive.

### OBSERVATION III (Soper-Boston)

(*Med. and Surg. Journal*, 22 juillet 1909, citée par Venot et Parcelier, *Revue de Chirurgie*, 1913, résumée.)

Homme de 59 ans, courtier, depuis longtemps neurasthénique, avec troubles digestifs, anorexie, nausées, flatulence et constipation avec mal de tête et vertiges. Début en octobre 1908 : à ces divers troubles digestifs s'ajoute une douleur réelle, survenant par attaques, indépendamment du moment, de la quantité et de la qualité des aliments ingérés.

Le malade est examiné pour la première fois par l'auteur qui ne pose pas un diagnostic précis, en novembre 1908. Il est revu le 12 décembre 1908 : il a encore maigri, la douleur est plus vive, on trouve du sang dans les fèces. Après un nouvel examen très complet, on arrive au diagnostic de tumeur maligne ulcérée de la partie supérieure de l'intestin grêle. Ce diagnostic est basé sur les signes suivants :

1° La présence constante du sang dans les selles en dépit d'une cure d'ulcère par la diète et le repos au lit.

2° Le mélange intime de mucus intestinal faisant penser à une inflammation ou au moins à une ingestion de la muqueuse de l'intestin grêle.

3° Le fait qu'une certaine quantité de bismuth se trouvait encore dans l'iléon vingt-quatre heures après l'ingestion, dénotant un trouble sérieux de la motricité du grêle.

4° L'évidence d'une digestion et d'une motricité gastriques normales. Le contour normal et le péristaltisme de l'estomac aux rayons X excluaient une tumeur maligne de cet organe.

5° L'aspect normal du rectum et de l'anse sigmoïde au sigmoïdoscope, l'absence de tout signe de sténose ou d'irrégularité dans le côlon excluaient cette portion du tube digestif.

*Opération* le 28 décembre 1908. — A trois pouces environ au-dessous du commencement du jéjunum on trouve une lésion en forme d'anneau, dure, d'aspect cicatriciel, large de 1/2 pouce, entourant la moitié de la circonférence de l'intestin. A quinze pouces au-dessous, on trouve une deuxième

tumeur grosse comme un citron, dure, irrégulièrement nodulaire. Résection de trente-deux pouces d'intestin. Anastomose bout à bout avec le bouton de Murphy.

Après l'opération, gros abcès de la paroi qui fut ouvert puis guérit. Le malade continuant à souffrir une deuxième intervention eut lieu le 27 mars; on détruisit les adhérences unissant les anses du jéjunum, on examina l'anastomose qui fut trouvée parfaite; enfin on constata sur le péritoine et le mésentère plusieurs petits nodules néoplasiques..

Le malade est vivant mais perd du poids constamment.

De fréquents examens des fèces montrèrent l'absence de mucus et de sang.

*Examen anatomo-pathologique.* — Adéno-carcinomes multiples de l'intestin.

#### OBSERVATION. IV (Chalier)

(Société des Sciences médicales. Lyon, 28 avril 1909,  
in *Lyon médical*, 1909, p. 737, résumée.)

Joseph R..., tripier, 43 ans. Début de la maladie il y a dix-huit mois par des crises douloureuses localisées au niveau de la région sous-hépatique, s'accompagnant de météorisme abdominal, de bruits de glou-glou, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Alternatives de constipation et de diarrhée.

A l'examen : amaigrissement extrême, teint jaunâtre, perte des forces; rien d'anormal du côté de l'abdomen.

Petite pleurésie gauche séro-fibrineuse; frottements péri-cardiques.

Le 17 décembre 1907, résorption de l'épanchement.

Le 20 décembre 1907, signes d'obstruction (douleurs abdominales, vomissements, péristaltisme des anses intestinales).

L'obstruction cède à un lavement.

Après l'évacuation on sent dans la fosse iliaque droite une masse indurée, à contours mal précisés. Pendant les examens on perçoit de nombreux bruits musicaux.

On porte le diagnostic de rétrécissement tuberculeux probable de la région iléo-cæcale et on décide une intervention.

*Opération* le 9 janvier 1908. Laparotomie médiane sous-

ombilicale avec incision transversale du grand droit du côté droit. On trouve d'abord à 10 centimètres du cæcum un rétrécissement de la partie terminale de l'intestin grêle qui est épaissi sur une longueur de 7 à 8 centimètres, le rétrécissement très serré est encore perméable. A l'union du cæcum avec le côlon ascendant nouveau rétrécissement, avec épaississement des parois intestinales et abondante lipomatose périphérique. La nature tuberculeuse des lésions ne paraît pas faire de doute, macroscopiquement. En raison de la faiblesse du malade on se contente de pratiquer une anastomose latérale au bouton entre l'iléon (à 50 centimètres de la valvule de Bauhin) et le milieu du côlon transverse. Suture complète de la paroi.

La convalescence est rendue plus longue par une pneumonie double ; pourtant au bout de deux mois le malade a engraisé de plusieurs kilogrammes et reprend son métier.

A partir de décembre 1908 le malade recommence à souffrir du ventre et à maigrir ; il entre de nouveau à l'hôpital le 21 février 1909.

L'on observe alors du météorisme abdominal et une matité en damier qui font penser à une généralisation tuberculeuse entéro-péritonéale.

Le malade meurt le 7 mars 1909 dans la cachexie sans avoir présenté une température supérieure à 37°9 et sans avoir eu ni coliques ni vomissements.

A l'autopsie, on trouva une cavité péritonéale pleine de pus et des anses grêles agglutinées entre elles ; on aperçut une petite perforation irrégulière à la face antérieure du côlon ascendant en pleine tumeur. Volumineuse adénopathie mésentérique. En ouvrant l'intestin, on vit sur l'iléon à 10 centimètres de sa terminaison des nodules sous-muqueux au nombre de trois ou quatre gros comme de petites noisettes et disposés perpendiculairement à la lumière.

Au niveau du cæcum, rétrécissement très serré et ulcération de la valvule, iléo-cæcale. A l'union du cæcum et du côlon ascendant épaississement énorme et induration fibreuse des parois formant sténose assez étroite avec des ulcérations au niveau de la muqueuse.

Au niveau du côlon transverse, le bouton anastomotique

était retenu à 1 ou 2 centimètres de l'anastomose et comme enserré par une couronne de tissu lardacé et épaissi.

Deux taches de bougie superficielle au niveau de la face convexe du foie. Adhérences pleurales bilatérales.

Pas de lésions tuberculeuses en évolution des poumons. Symphyse péricardique totale.

L'on pensait encore après l'autopsie, qu'il s'agissait de sténoses tuberculeuses multiples de l'intestin ; mais l'attention ayant été attirée par l'existence d'une adénopathie mésentérique très volumineuse et de deux taches de bougie au niveau du foie, l'on fit faire des examens histologiques sur des prélèvements effectués au niveau des différentes lésions et l'on apprit qu'il s'agissait d'un cancer colloïde et nullement de tuberculose.

#### OBSERVATION V (Sophie Eoshatoff Kreidento)

(*Inaug. Dissert.* Zürich citée par Lehmann.

Thèse de Paris, 1912.)

Il s'agit d'un homme âgé de 67 ans porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche et se plaignant de douleurs abdominales dues à l'existence d'une tumeur. Mort.

A l'autopsie faite le 3 août 1908, on trouve l'estomac très dilaté et contenant un liquide noirâtre, sanguinolent (transsudation sanguine). Au niveau de l'iléon, l'on remarque plusieurs nodules néoplasiques de différentes dimensions et siégeant au niveau de l'insertion du mésentère ; métastases dans le lobe gauche du foie. Tuméfaction chronique de la rate ; reins normaux.

Toutes les tumeurs de l'iléon ont envahi les diverses couches de l'intestin jusqu'à la sous-muqueuse, elles sont distantes les unes des autres de 20 à 30 centimètres et au-dessus d'elles l'intestin paraît intact.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de carcinomes multiples primitifs de l'intestin grêle.

#### OBSERVATION VI (Hammer)

(*Prager mediz. Wochens.*, 1896, cité par Venot et Parcelier.  
*Revue de Chirurgie*, 1913, résumée.)

Homme de 62 ans. Mort d'une affection de la moelle épinière. A l'autopsie : quatre néoplasmes distincts sur la muqueuse du jejunum. Métastases ganglionnaires et osseuses (6<sup>e</sup> côte droite et 5<sup>e</sup> vertèbre dorsale).

Au microscope : adéno-carcinome à cellules cylindriques.

#### OBSERVATION VII (Lubarsch)

(*Ueber den primären Krebs der Ileum Virchow's Archiv*, 1888, t. CXI, p. 280, cité dans thèse Lecène. Paris, 1904.)

Homme de 49 ans. Le malade ne reste que peu de temps à l'hôpital de Breslau ; il mourut rapidement avec le diagnostic de phtisie pulmonaire et tuberculose intestino-péritonéale.

*Autopsie.* — Dans les deux poumons, tubercules caséux à différents stades de développement, donnant en certains points l'aspect typique de la broncho-pneumonie caséuse, œdème du poumon gauche et emphysème des deux poumons. Pleurésie séro-purulente tuberculeuse, bilatérale. Ulcérations tuberculeuses de la trachée, de l'iléon, du côlon ascendant et descendant. Myocardite chronique scléreuse, tuberculose des ganglions mésentériques. Atrophie de la rate, du foie et du pancréas. Néphrite chronique parenchymateuse. Œdème de la pie-mère et hydrocéphalie intense.

De plus sur l'iléon, à sa partie supérieure, on trouve, en dehors des ulcérations tuberculeuses, déjà signalées, toute une série de petits nodules, gros comme des pois, saillants sous la muqueuse. *A la partie moyenne de l'iléon l'intestin est manifestement rétréci* ; il existe en ce point une tumeur grosse comme une noix, blanchâtre à la coupe, dure et s'infiltrant dans la musculaire de l'intestin. Au-dessus de cette tumeur, on trouve *une ulcération presque circulaire* dont les bords surélevés sont remplis de nodules blanc jaunâtre.

Au-dessous de ce rétrécissement on rencontre encore plusieurs nodules sous-muqueux et à 40 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, une tumeur grosse comme un noyau de cerise.

*L'examen histologique* montre que la plus grosse des tumeurs intestinales est de l'*adéno-carcinome des plus nets* (figures très démonstratives à l'appui); par contre, les nodules blanc jaunâtre qui entouraient l'*ulcération* sont constitués par des *follicules tuberculeux* avec nombreux bacilles.

Les nodules sous-muqueux disséminés sur le reste de l'intestin grêle présentent la structure de l'*adéno-carcinome au début, développé aux dépens des glandes de Lieberkühn*, comme le montre une figure très nette.

#### OBSERVATION VIII (*Ibid.*).

Homme de 52 ans, soigné à la clinique de psychiâtrie pour un délire continu. Le malade a eu en 1874 et plusieurs fois depuis, des fluxions de poitrine; dans les derniers temps il aurait eu de la diarrhée.

*Autopsie* (D<sup>r</sup> Kauffmann, 10 mai 1886). — Cirrhose hépatique. Tuberculose pulmonaire caséuse. Artério-sclérose généralisée. Hypertrophie du ventricule gauche. Néphrite chronique interstitielle. Ramollissement cérébral datant de quinze jours environ. De plus, *sur l'iléon*, on trouve une ulcération large comme une pièce de 50 pfennigs, à bords surélevés et s'étendant jusqu'à la tunique musculaire. Au voisinage de cette ulcération, se trouvent *six nodules* sous-muqueux variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un pois. La séreuse de l'intestin est recouverte de petits noyaux.

*Histologiquement*, les *noyaux sous-muqueux* sont constitués par de l'*adéno-carcinome*; *alvéoles très nets*, tapissés d'un bel *épithélium cubique*.

---

## CONCLUSIONS

---

Les métastases intestinales des cancers épithéliaux sont assez fréquentes.

L'épithélioma primitif de l'intestin grêle est rare. Contrairement à ce que l'on observe sur les autres segments du tube digestif, il est plus rare encore que le sarcome.

La tumeur est habituellement unique ; elle forme une virole sténosant l'intestin et amenant l'occlusion plus ou moins complète.

Quelques cas de tumeurs multiples, comme dans notre observation, ont pu être observés. Souvent dans ces cas une seule tumeur est primitive ; les métastases semblent se faire par voie lymphatique rétrograde, la muqueuse formant une sorte d'immense réseau lymphatique en large communication avec les lymphatiques du mésentère.

Alors que dans la forme commune, l'ablation complète peut être pratiquée avec succès, surtout si l'on opère avant les phénomènes d'occlusion, dans la forme à noyaux multiples le chirurgien est réduit à des opérations palliatives et les résultats opératoires sont peu encourageants.

Vu : le président de la thèse,  
GILBERT

Vu : le Doyen,  
ROGER

Vu et permis d'imprimer,  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
P. APPELL



## BIBLIOGRAPHIE

---

### 1. SUR LE CANCER SECONDAIRE

*Letulle.* — Cancers multiples du tube digestif (Presse médicale. Paris, 15 mai 1897).

— Les greffes cancéreuses de l'intestin (Revue de Gyn. et Chir. abd. Paris, 1897).

*Bensaude et Okinczye.* — Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif (Congr. intern. de Méd. de Lisbonne, 24 avril 1905 ; Arch. de Méd. expér. et d'Anat. path. Paris, 4 juillet 1906).

*Bensaude et Rivet.* — Les cancers multiples du tube digestif (Gaz. des Hôp. Paris, 1907).

*Bensaude (R.).* — Etude clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac ; importance diagnostique des métastases rectales (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. Paris, 15 avril 1910).

— Etude anatomique et clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac (Internat. Beitrage zur Path. und Therap. der Ernät. Berlin, 1910).

*Lehmann.* — Thèse de Paris, 1912-1913.

*Bauffle.* — Thèse de Paris, 1913-1914.

### 2. SUR LE CANCER PRIMITIF

*Lecène.* — Thèse de Paris, 1903-1904.

*Venot et Parcelier.* — Carcinome du jéjuno-iléon (Revue de Chirurgie, juin-juillet, 1913).

*Kaspar.* — Uber primære Carcinome des mittleren Jeju-

- nums (Deutsche Ztsch. f. chir. Leipzig., 1914, CXXVIII, 595-611).
- Lagey.* — Carcinoma of the small intestine (Ann. Surg. Phila., 1915, XVII, 428-432).
- Lozano.* — Cancer del intestino grueso (Clin. med. Zaragoza, 1915, XIV, 38-51).
- Cadenat.* — Deux cas de cancer de l'intestin pris pour de la tuberculose cæcale (Bulletin Soc. Chirurgie, 1921, p. 351).



